Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2015–2016 **Aanhangsel van de Handelingen**

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2679

Vragen van het lid **Pia Dijkstra** (D66) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat meer soa's (seksueel overdraagbare aandoeningen) zijn gevonden bij vrouwen en heteroseksuele mannen* (ingezonden 22 april 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 31 mei 2016). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 2484.

Vraag 1
Kent u het bericht «RIVM meer soa's gevonden bij vrouwen en heteroseksuele mannen»?[1]

Antwoord 1
Ja.

Vraag 2, 3
Wat is uw mening over het gegeven, zoals vermeld in het bericht, dat minder mensen zich laten testen op een soa, maar het aantal dat positief getest wordt toeneemt?
In hoeverre acht u het onwenselijk dat minder mensen zich laten testen, waardoor een toename te zien is van bijvoorbeeld syfilis? Indien u dit onwenselijk acht, wat gaat u daar dan tegen doen?

Antwoord 2, 3
In 2015 hebben minder mensen zich bij de centra seksuele gezondheid (CSG's) laten testen op een soa ten opzichte van 2014. Op basis van de cijfers uit de «Thermometer seksuele gezondheid» van het RIVM is niet af te leiden of er in heel Nederland minder mensen zich hebben laten testen op een soa. Om zicht te kunnen krijgen op het totale aantal mensen in Nederland dat zich op een soa laat testen, is ook zicht nodig op het aantal testen dat wordt gedaan door de huisarts en door middel van thuistesten. Deze informatie is echter niet beschikbaar.
Het feit dat het aantal mensen bij wie een soa geconstateerd wordt toeneemt, kan betekenen dat mensen die zich bij een CSG hebben laten testen

[1] https://www.nationalezorggids.nl/ziekenhuizen/nieuws/30656-rivm-meer-soa-s-gevonden-bij-vrouwen-en-heteroseksuele-mannen.html

ah-tk-20152016-2679
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2016

voornamelijk uit de hoogrisicogroepen komen. Dit kan een effect zijn van scherpere triage en prioritering.
De stijging van syfilis is te zien bij mannen die (ook) seks hebben met mannen (MSM). Het aantal consulten onder MSM bij de CSG's is in 2015 licht gestegen ten opzichte van 2014. Dit geeft aan dat deze groep onverminderd toegang heeft tot de CSG's. Het is van belang dat ten aanzien van deze groep blijvend wordt ingezet op de promotie van condoomgebruik, frequent testen en partnerwaarschuwing.

Vraag 4
Deelt u de mening dat het wenselijk is in een vroegtijdig stadium te signalen in hoeverre er sprake is van een soa? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kunt u aangeven op welke manier u dit faciliteert?

Antwoord 4
Het vroegtijdig signaleren van een soa is van belang, niet alleen voor de gezondheid van de persoon in kwestie, maar ook voor de gezondheid van zijn/haar partner(s). Door soa vroegtijdig op te sporen en (ex)partners tijdig te waarschuwen, zodat zij zich ook kunnen laten testen, kan verdere transmissie worden voorkomen. Als iemand risico heeft gelopen een soa op te lopen, dan is het de eigen verantwoordelijkheid zich te laten testen. Ik zie het als een taak van de overheid het testen te faciliteren door toegankelijke zorg te realiseren. Het is voor iedereen mogelijk bij de huisarts getest te worden op een soa. Aanvullend bestaat de mogelijkheid voor hoogrisicogroepen om zich te laten testen bij de CSG's.

Vraag 5
Deelt u voorts de mening dat de wachttijden die zijn ontstaan voor de hoogste risicocategorie (zij die door hun bedpartner gewaarschuwd zijn voor bijvoorbeeld hiv) onacceptabel lang zijn geworden, waardoor de professionele richtlijn van 48 uur ver wordt overschreden?[2]

Antwoord 5
Het is aan de professional bij de soa-poli om een goede afweging te maken op basis van risicogroep gecombineerd met risicogedrag of een consult binnen 48 uur noodzakelijk is. De professionals voeren periodiek overleg over prioritering. Mocht een consult binnen 48 uur gewenst of nodig zijn, dan kan ook eventueel een beroep worden gedaan op de huisarts. Langer wachten om andere dan de medische reden dat het deze spoed niet heeft, is onwenselijk.

Vraag 6, 7
In hoeverre deelt u de mening dat risicogroepen laagdrempelige toegang moeten hebben tot seksuele gezondheidszorg, om verdere verspreiding tegen te gaan en tijdige opsporing en behandeling te realiseren?
Deelt u de mening dat toegankelijke soa-poli bijdragen aan seksuele vrijheid en gezondheid van een zo breed mogelijke groep? Indien u deze mening deelt, kunt u dan aangeven welke mogelijkheden u ziet voor het faciliteren en/of financieren van een zo toegankelijk mogelijke soa-poli in ons land?

Antwoord 6, 7
Voor zorg op het gebied van seksuele gezondheid bestaat voor iedereen de mogelijkheid de huisarts te benaderen. Het Ministerie van VWS biedt aanvullend een extra stimulans voor het verbeteren van de seksuele gezondheid in Nederland (inclusief de soa-bestrijding) door middel van de subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg. Deze regeling richt zich op de doelgroepen, die via de reguliere zorg (vooralsnog) moeilijk bereikt worden en die een verhoogd risico op soa of andere problemen rondom seksualiteit hebben, de zogenaamde hoogrisicogroepen. Deze taak is belegd bij de CSG's onder verantwoordelijkheid van de GGD. De afgelopen jaren hebben steeds hogere aantallen uit de hoogrisicogroepen de CSG's bezocht en zijn de vindpercentages met betrekking tot soa's gestegen. Zoals aangege-

---

[2] http://zoeken.amsterdam.raadsinformatie.nl/cgi-bin/showdoc.cgi/action=view/id=235943/type=pdf/notitie_gevolgen_wijziging_financiering_ASG_voor_commissie_28_mei_2015.docx.pdf

ven bij de antwoorden op de vragen 2 en 3 kan dit verschillende oorzaken hebben.
Naast de huisartsenzorg en de aanvullende zorg via de CSG's, ontwikkelen de CSG samen met de kennisinstituten innoverende e-health interventies, zoals bijvoorbeeld thuistesten gekoppeld aan online counseling of bijvoorbeeld online gaming. Hierdoor kan met een beperkter budget een brede risicogroep bereikt worden, wat aansluit bij de behoeften van die bepaalde groepen.